



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-105 - DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA DISPLASIA ANAL EN NUESTRO CENTRO

Sala Vilaplana, Laia; Galán Martínez, Clara; Vera Vázquez, Carlos Arturo; Hernandez Casanovas, Maria Pilar; Sánchez López, Anna; Bermeo Jarrin, Esteban; Targarona Soler, Eduardo Maria; Moral Duarte, Antonio

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: La neoplasia intraepitelial anal (NIA) es una lesión premaligna que puede evolucionar a carcinoma escamoso anal. Su desarrollo está relacionado con el VPH. Los pacientes inmunodeprimidos son el grupo de riesgo más afectado, también varones que practican sexo con varones (VSV) o mujeres con VPH concomitante ginecológico. Las pruebas diagnósticas para la detección de la displasia anal no están bien establecidas, siendo la anuscopia de alta resolución (AAR) fundamental en su detección precoz. El tratamiento no está estandarizado, existen varias opciones terapéuticas aceptadas en la actualidad.

Objetivos: El objetivo es realizar una revisión retrospectiva del manejo diagnóstico-terapéutico del paciente con NIA y su seguimiento a corto plazo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con una citología anal alterada. El diagnóstico se completa con una AAR y biopsia. Si se confirma displasia histológicamente, se aplican dos ciclos de ácido tricloroacético (ATA). La efectividad del tratamiento se comprueba con una citología posterior. En caso de regresión de la displasia, el paciente continúa el protocolo establecido mediante citologías anuales. Los pacientes con persistencia de citología alterada tras tratamiento se someten a nuevos ciclos de ATA.

Resultados: De enero-2018 a enero-2023 obtuvimos 394 pacientes: 353 hombres y 41 mujeres, con edad media de 45 años. 332 presentaban VIH y 26 otro tipo de inmunosupresión. 47 eran inmunocompetentes. Todos los pacientes tenían inicialmente una citología anal alterada de los cuales 388 pacientes se habían realizado la biopsia. 88 no presentaron displasia confirmada histológicamente por lo que no se trataron y 300 presentaron biopsia alterada (186 NIA I y 114 NIA II/III). Se determinó el genotipo del VPH16 en 254 pacientes, siendo positivo en 107 (2 biopsias normales, 34 NIA I y 71 NIA II/III). De 300 pacientes, 212 completaron el tratamiento. Con citología postratamiento en 161 pacientes: 55% normal, 25% ASCUS, 16% NIA I y 4% NIA II/III. Los pacientes con citología normal postratamiento, al año del tratamiento, se habían realizado citología de control 43 pacientes, de los cuales 24 persistían con citología normal (55%) y 19 presentaron recidiva de la displasia (45%). De estos, 7 habían presentado positividad para el VPH16 en la biopsia inicial. Del subgrupo con displasia de alto grado en la biopsia inicial (114 NIA II/III), 32 presentaron citología normal postratamiento. En su seguimiento, 23 pacientes tenían citología de control al año, de los cuales en 13 persistía normal y en 10 se demostró recidiva de la displasia (3/10 con VPH16 positivo).

Conclusiones: La citología anal y la AAR representan un buen método de cribado en pacientes de riesgo. La determinación del VPH16, puede jugar un papel importante en la prevención del cáncer anal. El tratamiento

con ATA en nuestro grupo, ha sido efectivo en más de la mitad de los pacientes (55%). A pesar de haberse demostrado que el tratamiento de la displasia anal de alto grado disminuye el riesgo de desarrollar cáncer anal, se necesitan estudios prospectivos para consensuar qué grupos precisan cribado, las técnicas diagnósticas más precisas y qué tratamientos son más eficaces.